

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

344

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jacques LEBLANC

Né le 21 Novembre 1912, à Sens (Yonne).

**DE LA TUBERCULOSE
PLEURO-PULMONAIRE DES NOIRS
RECEMMENT IMPORTES EN FRANCE**

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jacques LEBLANC

Né le 21 Novembre 1912, à Sens (Yonne).

DE LA TUBERCULOSE

PLEURO-PULMONAIRE DES NOIRS

RECEMMENT IMPORTES EN FRANCE

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1 9 4 1



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.	
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

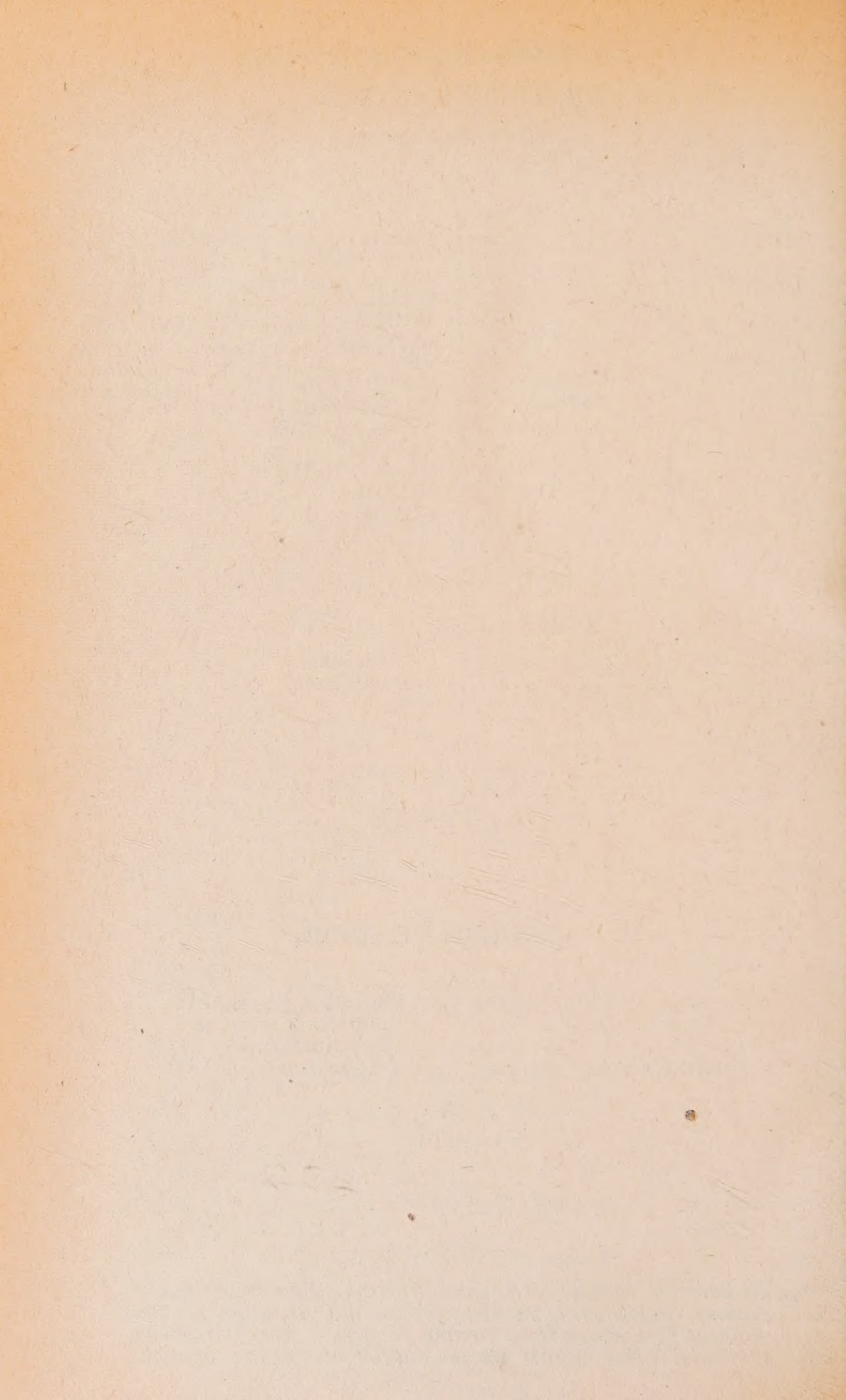
MM.		MM.	
LAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
RULE		BROCQ	
ATHALA		CADENAT	
HABROL		FEY	
HEVALLIER ..		GATELLIER	
ONZELOT		de GAUDART ..	
UVOIR		d'ALLAINES ..	
ASTINEL		LEVEUF	
AROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
AN		MOURE	
OREAU		QUENU	
EZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MERE

*J'offre ce travail. Qu'il
lui apparaisse comme le
faible témoignage d'une re-
connaissance et d'une af-
fection profonde.*

A MES CHERS PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

DE CAPTIVITE DEMEURES EN ALLEMAGNE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

Professeur de clinique de la tuberculose
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous
faire l'honneur de présider
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIN

Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours
Médecin-Chef de l'Hôpital

*Qui a su me faire aimer
la phtysiologie.*

A MONSIEUR DESBUQUOIS

Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours

De la tuberculose pleuro-pulmonaire des noirs récemment importés en France

INTRODUCTION

HISTORIQUE.

Au cours de la guerre 1914-1918, il a été consacré de nombreux travaux sur les manifestations de tuberculose observée chez les troupes noires récemment importées en France, et le rapport de Monsieur le Professeur BORREL sur « la pneumonie et la tuberculose au camp de Fréjus, 1917-1918-1919 » a été d'un intérêt passionnant.

Ayant eu l'occasion de suivre plusieurs noirs hospitalisés à l'hôpital Villemin, nous voulons reprendre reprendre l'étude de la question et schématiser les types cliniques les plus habituellement observés — tout en relatant en détail quelques observations particulièrement démonstratives.

Il est une notion essentielle qu'il importe de bien dégager. Les noirs importés font, dans l'immense majorité des cas, une tuberculose de primo-infection, en

tout point comparable, par conséquent, à la tuberculose de l'enfant : une *adénopathie* trachéo-bronchique. Mais, dans un grand nombre de cas, celle-ci a une évolution particulière, une marche très rapide, les menant à la mort en 4 à 5 mois.

Ces indigènes qui vivent dispersés et loin des agglomérations échappent à la contagion presque obligatoire créée par l'organisation sociale des peuples civilisés.

La race détermine-t-elle des réactions particulières qui modifient le type que revêt l'infection tuberculeuse, et, de ce fait la tuberculose de l'indigène est-elle différente de celle des blancs ? Non. En réalité, seules les conditions d'infection diffèrent. L'indigène n'est pas exposé aux mêmes contaminations que le blanc ; la tuberculose peut l'épargner jusqu'à l'âge adulte au lieu de le frapper dès son jeune âge. Mais si ces indigènes depuis longtemps vivent au milieu des blancs, ils réagissent de la même manière qu'eux. C'est ainsi que les noirs d'Amérique emmenés jadis d'Afrique par les marchands d'esclaves et acclimatés à la vie américaine font des tuberculoses chroniques, tandis que chez les noirs d'Afrique exposés subitement et tardivement aux contaminations, la tuberculose prend un marche aiguë qui reproduit dans son allure clinique les formes observées dans l'enfance.

De même, il a été signalé au cours de l'autre guerre par un médecin américain, le Docteur KLOTZ, que des soldats américains de race blanche, recrutés dans les régions très isolées des vastes territoires, vivant dans la solitude, en pleine campagne, en dehors de toute contamination tuberculeuse pendant leur enfance, font, après leur incorporation, des formes de tuberculose de première infection très grave.

Le fait primordial et qu'il faut retenir est que la tuberculose est rare au Sénégal, qu'elle est donc rare chez les tirailleurs recrutés et que les cas augmentent avec la durée du séjour en France.

Il a été étudié, par un certain nombre de médecins coloniaux, le pourcentage de cuti-réaction positives obtenues dans les différentes régions de l'Afrique Occidentale Française. Ce pourcentage est très faible dans les villages de l'intérieur : 4 à 7 % ; un peu plus élevé dans les villes : 20 à 30 %.

ETUDE CLINIQUE

Nos observations nous permettent de confirmer ce qu'on connaît de la Tuberculose des noirs. Celle-ci est particulièrement grave et le Sénégalais est spécialement sensible, *à cause des conditions de sa vie antérieure à la colonie*. Il représente un terrain vierge au point de vue tuberculeux. Et tout de suite, il convient de faire une différence fondamentale entre :

1) — la jeune recrue qui offre une proie facile à l'éclosion d'une tuberculose médiastinale d'évolution aiguë,

2) — le soldat de carrière ayant vécu depuis des années au contact des blancs, ayant fait sa primo-infection, et chez lequel pourront se développer les formes habituelles : tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse, pleurésie séro-fibrineuse, etc...

Les signes de début sont extrêmement variables.

Tantôt ce sont des troubles de l'état général : fatigue, amaigrissement, fièvre inexpliquée d'apparence anarchique; tantôt des signes respiratoires : toux,

points de côté, bronchite traînante; tantôt c'est un épisode aigu fébrile pseudo-typhique. Dans tous ces cas, il est un élément capital pour le diagnostic : la *cuti-réaction*.

- négative, elle permet pratiquement d'éliminer la possibilité de tuberculose,
- positive, elle force à faire une radiographie pulmonaire qui éclaire le diagnostic.

Tous les degrés d'intensité de la réaction peuvent être observés : tantôt cuti-réaction phlycténulaire très tendue, avec auréole congestive importante, tantôt au contraire, petite élevation peu indurée que sent bien le doigt qui passe sur la zone scarifiée. Peu importe l'intensité pour le diagnostic (ainsi d'ailleurs, nous a-t-il semblé, que pour le pronostic). L'essentiel est que la cuti-réaction soit positive, cela signifie que le noir en observation est présentement tuberculeux.

D'autres symptômes cliniques ont été donnés au cours de la guerre 1914-1918 pour permettre de reconnaître un Sénégalais tuberculeux au début :

1) — Avant tout M. BORREL a signalé la présence d'un *ganglion sus-claviculaire* ou rétro-claviculaire de siège analogue au ganglion de TROISIER. Il ne s'agit pas d'une adénopathie extérieurement apparente, mais le palper minutieux de la région fait sentir sous la corde de l'omo-hyoïdien une petite nodosité roulant sous

le doigt, habituellement du volume d'un pois. Ce ganglion, généralement unilatéral et plus fréquent à droite, s'observerait dans 70 % des cas environ. Nous ne l'avons trouvé que 2 fois sur les 6 cas observés par nous.

2) — En même temps, ou un peu plus tardivement, on constate des altérations cutanées apparentes d'abord aux extrémités, au membre supérieur surtout, et se généralisant ultérieurement : la peau perd son éclat, son reflet lisse et brillant comme satiné; elle apparaît en quelque sorte « fanée » sèche et rugueuse, en même temps que sa teinte s'éclaircit, elle se dépigmente.

3) — On a insisté également sur l'*hypotonie musculaire* qui frappe surtout au palper des biceps devenus flasques et mous. Ce signe est d'autant plus intéressant qu'il s'agit de sujets habituellement doués d'une solide musculature.

Mais en fait, un signe est capital : la réponse de la cuti-réaction.

A la période d'état, on observe plusieurs formes anatomo-cliniques.

1) FORME A ADENOPATHIE HILAIRE PROGRESSIVE.

C'est la plus fréquente et la plus caractéristique. Son aspect objectif est toujours le même.

Son allure clinique est variable : soit qu'elle donne un tableau de typho bacillose — température en plateau autour de 39°, sans aucun signe à l'examen, parfois une légère splénomégalie, et, dans tous les cas, une formule leucocytaire très intéressante : leucopénie au nombre de leucocytes normaux, mais avec mononucléose, — soit qu'elle évolue sous le cortège de troubles de l'état général faisant évoquer la tuberculose; soit qu'elle donne, mais c'est très rare, un petit syndrome médiastinal.

Quoiqu'il en soit, c'est une découverte de radiographie thoracique : on observe une opacité plus ou moins en arc de cercle se confondant par sa base avec l'ombre médiastinale et à convexité interne dans la région hilare. Cette ombre assez souvent unilatérale peut être bilatérale. Les contours sont en général assez flous. Les plages pulmonaires paraissent absolument claires. Un examen en oblique permet de constater un empiètement plus ou moins accusé de l'ombre médiastinale sur l'espace clair médian dans son tiers supérieur.

Tel est l'aspect de cette forme d'observation courante.

Elle ne comporte en général pas d'expectoration ou bien celle-ci est peu abondante, séreuse, muqueuse, très rarement purulente. L'examen bactériologique des crachats ne décèle jamais de Bacille de Koch.

Un fait à signaler également est l'invraisemblable euphorie de ces malades qui n'ont nulle dyspnée, ne se plaignent de rien, mangent de façon normale. Seule se remarque parfois, une sudation très abondante, et, au cours de l'évolution, un amaigrissement considérable.

L'auscultation pulmonaire est absolument négative.

Souvent des râles de bronchite sont perçus. Au cours de l'évolution cependant, on peut parfois entendre dans l'espace inter-scapulo-vertébral un souffle pseudo-tubaire ou des râles humides dûs à l'extension du processus.

Evolution. — En dépit de tous les traitements, et dans un cas, nous avons même eu recours au sérum de Jousset, on assiste au développement régulier d'une ou de deux ombres hilaires, surtout dans le sens horizontal, en direction de l'aisselle. Dans l'examen oblique antérieur cette opacité apparaît comme intéressant surtout la moitié antérieure du poumon. Dans certain cas l'opacité axillaire est particulièrement accusée et l'image rappelle celle d'une triangle pneumonique. Souvent, l'opacité s'accroît encore, occupe presque tout l'hémithorax, image d'une pleurésie à grand épanchement, mais sans déplacement d'organes et avec, fréquemment, persistance de la clarté dans le sinus costo diaphragmatique. Dans une troisième période en-

fin survient la généralisation, soit à type de broncho-pneumonie caséreuse, tuberculeuse miliaire aiguë, soit à type de granulie. L'évolution est toujours très rapide : 3 à 4 mois.

2) PNEUMONIE CASÉEUSE.

Granulie.

Si ces deux modalités de la tuberculose aiguë viennent très fréquemment compliquer l'évolution de toute tuberculose pleuro-pulmonaire chez les noirs, elles peuvent dans d'autres cas représenter la manifestation clinique de toute la maladie. Elles ont alors la symptomatologie classique que nous ne décrirons pas, puisqu'elle n'a rien de particulier. Pourtant nous voulons encore insister sur le fait que, dans la règle, ces 2 affections bien que cliniquement primitives sont la complication d'une adénopathie trachéo bronchique restée latente.

3) TUBERCULOSE DES SÉREUSES.

Celle-ci est fréquente. Deux formes sont assez particulières au noir :

- a) la pleurésie hémorragique très abondante,
- b) la tuberculose médiastino péricardique.

a) *Pleurésie hémorragique.*

Dans de nombreuses observations on trouve mentionné le tableau suivant : début brutal précédé ou non de quelques jours ou semaines de troubles de l'état général. D'emblée un tableau assez alarmant : température à 39° ou plus, point de côté violent, dyspnée impressionnante, toux au moindre mouvement. A l'examen, une asymétrie thoracique considérable et tous les signes d'un épanchement pleural très abondant avec gros déplacement des organes. L'intensité de la dyspnée, les troubles cardio vasculaires forcent à une ponction. Le liquide qui coule presque spontanément, en tous cas sans aucun siphonnage est hémorragique, plus ou moins teinté, parfois tellement rouge qu'on a l'impression d'avoir blessé un vaisseau intercostal. Il contient des hématies nombreuses plus ou moins abîmées, mais aussi des lymphocytes, quelques cellules endothéliales, de la fibrine. Pour soulager le patient on est amené à retirer 1 litre et souvent plus. Mais 8 ou 10 jours après une nouvelle ponction s'avère nécessaire; et très rapidement, en un ou deux mois, souvent moins la mort survient, soit par défaillance cardiaque, soit par asphyxie, soit dans le marasme et la cachexie.

b) *Tuberculose médiastino péricardique.*

Elle se caractérise par l'existence de grosses masses

ganglionnaires médiastinales ne donnant aucune symptomatologie fonctionnelle et visibles seulement par la radiographie, et d'une péricardite assez souvent hémorragique. Celle-ci est habituellement très latente. Il faut percuter très soigneusement la matité précordiale et comparer attentivement les images radiographiques du cœur pour la mettre cliniquement en évidence.

Anatomiquement, on constate une tuberculose végétante hypertrophique du péricarde qui apparaît comme épaissi et parsemé de sillons et de saillies très accusées, dures, de villosités saillantes.

La mort survient dans cette forme soit par asphyxie, soit par collapsus, soit par une généralisation un peu particulière. Ce n'est pas une granulie, mais une infiltration nodulaire atteignant essentiellement le foie et la rate. Le foie apparaît augmenté de volume, dur à la coupe et parsemé de nodules caséeux dont la taille varie de celui d'une bille à celui d'une noix; aucun d'eux n'est ramolli. Certains sont situés en plein parenchyme, d'autres affleurent la capsule et simulent à s'y méprendre les noyaux métastatiques d'un cancer. La rate très augmentée de volume présente des lésions du même type. Souvent on constate que nulle part, même dans les ganglions, le tissu caséeux n'a subi de ramollissement; il reste ferme à la coupe.

c) *Autres formes de tuberculose des séreuses.*

Il n'y a rien de particulier à en dire. Tout peut s'observer comme chez le blanc : symphyse pleurale, pleurésie séro-fibrineuse, évolution vers la purulence, pleuro-péricardite, péritonite, cirrhose cardio-tuberculeuse.

d) *Tuberculose pulmonaire chronique.*

Cette forme est très rare chez le noir. On ne l'observe que dans 5 % des cas. Elle survient essentiellement chez les individus ayant vécu depuis assez longtemps en milieu contaminé pour avoir fait leur primo-infection, et qui, à l'occasion des fatigues de la guerre, des privations, de surinfections, font des formes comparables à celles des européens, avec bacilles dans les crachats. Elle n'a alors rien de spécial au terrain que nous étudions.

*
**

Tel est donc, très brièvement esquissé le tableau de la tuberculose pleuropulmonaire des noirs récemment importés en milieux civilisés.

Les notions qui s'en dégagent sont : la quasi constance de l'adénopathie trachéo-bronchique diagnostiquée grâce à la cuti-réaction et à la radiographie; la fréquence de l'évolution vers la pneumonie caséeuse ou la granulie (au moins 20 % des cas), la rareté de

la tuberculose pulmonaire chronique ; l'effroyable pronostic, la rareté de la constatation de bacilles dans les crachats.

Dans la règle l'évolution de ces primo-infections est fatale : dans 76 % des cas de BORREL la mort survient dans un délai très court : 3 à 4 mois. C'est là l'évolution habituelle de l'adénopathie hilare progressive de la forme médiastino-péricardique, de la pleurésie hémorragique et naturellement de la granulie, de la broncho-pneumonie, de la pneumonie caséuse. Moins graves sont certaines formes séreuses et certaines formes de ganglions trachéo-bronchiques d'évolution lente, qui ne disséminent pas dans le parenchyme et finissent par évoluer comme dans la primo-infection de l'enfant vers la guérison.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION N° 1. — *Forme simulant une tumeur médiastinale avec métastases.*

BAL..., un Sénégalais de 34 ans est soigné le 7 février 1941 dans le service du deuxième fiévreux de l'hôpital militaire Villemin. Il est arrivé en France en mars 1940 dans un régiment de tirailleurs.

Le début de sa maladie remonte au mois de novembre 1940. Il est caractérisé par des troubles de l'état général : amaigrissement, fatigue, perte de forces, élévation de la température et par une douleur rétro-sternale variable dans son intensité comme dans sa durée. En même temps s'installe une toux minime entraînant une expectoration muco-purulente.

Le malade est alors traité à l'hôpital militaire de PORTIERS où l'examen clinique est négatif. Cependant 2 éléments importants sont notés : une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive dans le sang, et une radiographie thoracique fournissant des renseignements précieux : opacité arrondie en forme d'une demi orange occupant la région sous claviculaire droite au contact du pédicule cardiaque et paraissant se continuer avec lui dans une incidence oblique antérieure gauche ». Pas de

battements en scopie. Par ailleurs, l'arc aortique gauche est soulevé et l'aorte descendante est anormalement visible à travers le cœur. En scopie : médiastin postérieur libre, poumons radiologiquement normaux.

Devant cette image radiologique et les signes huméraux de spécificité, *le diagnostic d'anévrisme de l'aorte est posé.*

Un traitement mercuriel est instauré : injections intra-veineuse de cyanure de mercure. Mais il doit être rapidement interrompu à cause du mauvais état dentaire et de la stomatite qui en résulte.

A signaler en même temps un abcès de la marge de l'anus, chaud et douloureux qui a été mis à plat le 26 novembre.

Cependant l'évolution générale se poursuit sans grands changements, la température évolue entre 38° et 39°. *L'examen physique tant du cœur que des poumons reste négatif.*

Le 30 décembre 1940, les médecins de l'hôpital de Poitiers notent une matité cardiaque très augmentée, et à la radioscopie remarquent que les battements cardiaques ont une amplitude très faible. Sur un cliché apparaît un empiètement énorme de l'ombre du cœur, en arrière sur la colonne vertébrale, et, outre le diagnostic porté, d'anévrisme de la crosse de l'aorte, portion ascendante, découvert par la radiologie, on trouve mentionnée sur la fiche d'évacuation, la possibilité d'une péricardite avec épanchement.

Dans le service du deuxième fiévreux, le malade a toujours une température autour de 38°. Il a manifeste-

ment beaucoup maigri. Son état présent est véritablement cachectique. Cependant il ne se plaint de rien et accuse même une sensation de bien-être.

A l'examen : poumons. Il existe une matité franche de la base gauche avec abolition des vibrations vocales et disparition du murmure vésiculaire. Ces signes font porter le diagnostic de pleurésie de la base gauche.

Cœur. La pointe est très déplacée vers la droite et bat sur le bord droit du sternum. Les bruits sont très assourdis. La matité du cœur se confond avec la matité pleurale. On ne note aucun signe d'aortite : pas de souffle, pas de modification du deuxième bruit. Les pouls sont égaux et synchrones. La tension artérielle de 9 — 7 (Vaquez). L'abdomen est distendu modérément par une petite ascite mobile. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. La rate, percutable sur 3 travers de doigts n'est pas palpable. Le système nerveux est normal.

On note un petit ganglion sus claviculaire droit, gros comme une amande, assez mou, indolore, mobile.

Le reste de l'examen (thyroïde, testicules, seins, etc...) est normal.

Cet examen clinique est complété par :

- 1) une ponction de la base gauche qui ramène un liquide franchement hémorragique. Son analyse montre la présence de lymphocytes et d'hématies. Pas de microbes pyogènes, pas de polynucléaires. La culture sur gélose ascite est négative après 24 heures. Un cobaye inoculé meurt d'une affection intercurrente 9 jours après.

- 2) une cuti-réaction : légèrement positive.
- 3) des radiographies thoraciques qui montrent l'existence d'une masse régulièrement arrondie, très volumineuse (grosse orange) dans la région sous-claviculaire droite, débordant très largement sur le champ pulmonaire droit. A la radioscopie, il semble que cette masse soit animée de battements.
- 4) Une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang qui est positive.

Deux diagnostics sont alors envisagés : celui d'anévrysme de la crosse de l'aorte, à cause de cette masse médiastinale peut être battante et du Wassermann positif. Mais cette interprétation n'est pas retenue car, la masse est beaucoup trop arrondie, qu'il n'existe cliniquement pas le moindre signe d'aortite ni d'ectasie; que cela n'explique ni l'ascite, ni l'épanchement pleural.

Nous penchons beaucoup plus pour l'hypothèse suivante : tumeur médiastinale ou pulmonaire avec métastase pleurale et péritonéale, en signalant toutefois qu'il pourrait s'agir d'une gomme tuberculeuse avec pleuropéritonite.

Une formule leucocytaire avait donné les renseignements suivants :

Polynucléaires neutrophiles	63,5 %
Polynucléaires éosinophiles	7,5 %
Lymphocytes	11 %
Moyens mononucléaires	5 %
Grands mononucléaires	13 %

Nous proposons pour éclairer le diagnostic de recourir

à la biopsie du ganglion sus claviculaire. Mais cet examen n'est pas pratiqué vu l'état cachectique du malade. D'ailleurs celui-ci ne fait que s'accroître, et, en dépit d'un appétit manigifiquement intact et d'une foi entière en la guérison, notre sénégalais s'éteint doucement le 27 février 1941, non sans que son ascite ait beaucoup augmentée.

L'autopsie a été faite le 1^{er} mars 1941.

A l'ouverture du thorax, les organes étant en place, on constate la présence d'une grosse masse (cœur + péricarde) occupant toute la partie antérieure du thorax, refoulant en arrière les poumons à peine visibles.

Il n'y a pas de liquide dans la plèvre.

Tout le contenu thoracique est prélevé en bloc.

Poumons : atelectasiés, petits, sans lésions.

Péricarde : à l'ouverture issue d'une quantité énorme de liquide hématique: 1 litre 1/2 environ. Ce liquide est très foncé, très coloré, donne l'impression d'être presque du sang pur. Une fois ce liquide écoulé, on note sur toute la face interne du péricarde des villosités très abondantes, saillantes.

Cœur : petit, flasque, d'aspect normal. Il n'y a pas de lésion valvulaire. La paroi du ventricule gauche à la coupe est très amincie et semble légèrement infiltrée. De plus le péricarde se présente très épaissi (1/2 centimètre) sous l'aspect d'un tissu scléreux.

Plèvre : pas de lésions apparentes.

Médiastin : les poumons enlevés, apparaît la tumeur médiastinale droite qui avait pu, sur la radiographie, faire

penser à un anévrisme. A la dissection du médiastin l'aorte est normale et on dissèque 4 grosses tumeurs molles, une du volume du poing, et trois du volume d'une mandarine.

A la coupe, ces tumeurs apparaissent comme de gros ganglions à divers stades de caséification: aspect de fromage de roquefort, de marron cru. On met en évidence de nombreux ganglions hypertrophiés au premier stade de la caséification.

Abdomen: à l'ouverture s'écoule une ascite séro-fibrineuse de trois litres environ.

Au milieu de l'estomac, des intestins, du petit bassin, rien à signaler.

Le Foie: est de volume normal, mais parsemé de petites granulations dures du volume d'un grain de mil à celui d'une petite lentille. A la coupe apparaissent de très nombreuses granulations semblables intra hépatiques.

La Rate est énorme (1 kg. 200) infarcie de gros noyaux blancs nacrés très durs. Leur volume plus important que celui des masses hépatiques va de celui d'un petit pois à celui d'une noisette. Ils crient sous le couteau et apparaissent également à la coupe à l'intérieur même de l'organe.

L'Epiploon est lui aussi parsemé de granulations tellement abondantes qu'elles paraissent presque confluer.

L'examen histologique des ganglions, du foie, du myocarde, de la rate a été pratiqué dans le service du Professeur Duvoir à l'hôpital Saint-Louis. Il a montré des zones énormes de nécrose caséuse avec très nombreuses cellu-

les géantes qu'on retrouve partout en abondance et jusque dans le myocarde. Il n'a pas été coloré de B. K.

Le diagnostic histopathologique d'un fragment de ganglion envoyé au laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital du Val-de-Grâce, a été « le ganglion est remplacé par une masse homogène acidophile dépourvue de tout vestige d'organisation tissulaire — A la périphérie tissu fibreux lamellaire — Nécrose caséeuse tuberculeuse ». « Rate: inflammation chronique avec zone étendue de nécrose acidophile caséeuse ».

Il s'agit donc là d'une observation véritablement très rare de tuberculose ganglionnaire médiastinale d'un volume considérable, ayant simulé une ectasie aortique, avec dissémination macro-nodulaire abdominale et péricardite hémorragique extrêmement abondante. Insistons également sur l'intérêt capital de l'examen microscopique qui a fourni la preuve de la tuberculose et jusque dans le myocarde.

Cliniquement, les diagnostics les plus divers pouvaient être discutés: en premier lieu l'anévrysme de la crosse de l'aorte, et les partisans de cette interprétation retenaient la positivité des réactions de Bordet-Wassermann et l'image radiologique. Tumeur du médiastin ou du poumon disaient les autres en s'appuyant sur la masse arrondie, et sur la métastase pleurale (liquide hémorragique à la ponction thoracique et péritonéale). Certains opinaient pour la maladie de Hodgkin et leurs arguments étaient nombreux: tumeur médiastinale, adénopathie sus-claviculaire, pleurésie hémorragique. D'autres enfin, plus près de la vérité, interprétaient les différents symptômes ob-

servés comme pouvant être dus à une gomme tuberculeuse médiastinale avec pleuro péritonite bacillaire.

En pratique, devant un cas aussi complexe, *mais survenant chez un noir récemment arrivé en France*, le bon sens veut que l'on porte le diagnostic de tuberculose, et alors, tout s'éclaire: adénopathies médiastinales tuberculeuses, péritonite, et... péricardite avec épanchement.

OBSERVATION N° 2. — *Forme simulant une fièvre typhoïde.*

Gounaidi Marico, né au Soudan, en 1915, entre à l'hôpital militaire Villemin le 27 février 1941 pour une fièvre inexplicable durant depuis dix jours et évoluant en un plateau autour de 39°. Ce tirailleur était en France depuis l'hiver 1939.

A l'entrée, l'examen clinique est complètement négatif.

Nous pratiquons sur le champ une cuti-réaction à la tuberculine qui se montre positive, quoique faiblement. Une radiographie thoracique montre:

1° L'intégrité du parenchyme pulmonaire, mais

2° Un gros flux hilaire ganglionnaire gauche.

Nous posons donc le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez un indigène récemment arrivé en France, et soumis au contact de ce fait; de plus il a été prisonnier et a passé plusieurs mois dans un camp.

L'évolution continua, toujours fébrile, dessinant un

plateau à 39°. De nombreux examens cliniques ne donnaient aucun indice. A noter seulement une splénomégalie discrète dans les fortes inspirations, et le malade étant dans le décubitus latéral droit on arrivait à percevoir le pôle inférieur de la rate. Mentionnons qu'une hémoculture et un séro diagnostic au bacille d'Eberth et aux para A et B sont négatifs.

Nouvelle radiographie le 12 mars 1941. Même aspect : gros flux ganglionnaire gauche avec de nombreuses irradiations de tractus, à point de départ hilaire. Et on note, mais sans y attacher une importance bien grande, un aspect légèrement granité de toute la base gauche.

Le 21 mars 1931, l'empâtement du hile gauche s'est accusé, il y a là maintenant une grosse masse irrégulière, très dense d'où par une zone d'infiltration très lâche de la région sous claviculaire.

Il n'est fait qu'un traitement symptomatique et tonique auquel on associe de la suralimentation, l'appétit étant conservé.

L'évolution est toujours la même. Cependant dans l'ensemble la température est moins élevée, moins tendue, elle oscille maintenant entre 38° et 39°.

L'état général est toujours altéré. Le malade a beaucoup maigri est très fatigué, à peine à se tenir assis dans son lit. Les mains sont animées d'un petit tremblement incessant. Il se plaint de toux, de fatigue. Pendant cette longue évolution il n'y a pratiquement jamais eu d'expectoration. Cependant, parfois il rejetait quelques crachats muqueux dans lesquels on n'avait jamais trouvé de bacille de Koch.

Le 4 avril 1941, on demande une nouvelle radiographie pulmonaire. Elle montre *un aspect en mie de pain généralisé*. Toute l'étendue du poumon droit est parsemée de petites granulations fines. A gauche, les granulations sont plus grosses, tellement confluentes qu'elles masquent l'image ganglionnaire. On note deux petites cavernes dans la partie moyenne du poumon.

L'auscultation pourtant demeure inchangée et l'état général n'est pas plus sévèrement atteint; en particulier, il n'existe pas de signes méningés.

Le 15 avril 1941, on remarque une expectoration purulente, striée de quelques raies sanglantes. La *bacilloscopie s'y révèle positive* à l'examen direct.

A l'auscultation, on perçoit dans toute la base gauche des râles humides bulleux sans souffle.

La fin de l'observation n'est pas connue encore, mais il ne fait nul doute, vu l'aspect de la radiographie et l'évolution aiguë que l'issue soit fatale à très brève échéance.

Il s'agit, dans ce cas, d'une tuberculose ganglionnaire médiastinale d'évolution aiguë, qui, au bout de six semaines, a disséminé dans les deux champs pulmonaires sous forme d'une tuberculose micro nodulaire d'allure extrêmement rapide et s'excavant très précocement.

OBSERVATION N° 3. — *Forme simulant une fièvre typhoïde.*

Sor. K..., né en Guinée, en 1914, arrive en France avec un régiment de tirailleurs sénégalais en novembre 1939

Le début de la guerre se passe bien pour lui, puis il est fait prisonnier en mai 1940 et est conduit au camp de Drancy. Il tombe malade le 15 janvier 1941 : fièvre, mauvais état général, il est soigné à l'infirmerie du camp pour congestion pulmonaire et reçoit du 18 au 25 janvier 20 grammes de Dagenan. Sa température semble céder, puis reprend et il est évacué, le 27 janvier sur l'hôpital Villemin pour « rechute de congestion pulmonaire ».

Les premiers jours il est presque apyrétique, puis sa température monte de façon progressive à 39° en huit jours. Elle s'y maintient alors. L'examen clinique est entièrement négatif, et la cause de cette fièvre demeure mystérieuse. Aucun symptôme fonctionnel ne vient mettre sur la voie du diagnostic. On pratique une hémoculture qui est négative. Une numération globulaire donne des résultats précieux :

Le 11 février 1941 : hématies : 4.755.000 ; leucocytes : 8.300 ; taux hémoglobine : 95 % ; polys-neutro : 67 ; polys-éosino : 2 ; lymphocytes : 10 ; grands et M. monos : 21.

Elle permet d'éliminer toutes les septicémies et suppurations profondes et, l'hypothèse d'une fièvre typhoïde étant abandonnée à cause de l'absence de signes cliniques et humoraux et de la notion d'une vaccination récente, on pense avec une grande probabilité à la tuberculose. *Cuti-réaction* le 14 février : *très fortement positive, phlycténulaire*. Radiographie le 17 février : image hilare droite ovalaire, très étendue sur trois espaces intercostaux, adénopathie tuberculeuse. Une autre ombre homogène moins grande existe au niveau du hile gauche et toute la partie supérieure du médiastin est élargie de

façon fort nette comme s'il y avait là d'autres formations ganglionnaires. Il n'a pas été fait de radio en oblique ni de profil.

Un traitement par injections intra-veineuses d'urotropine pratiqué jusque-là est arrêté. La température oscille maintenant entre 37°6 le matin et 38°6 le soir. Il n'y a aucun signe clinique.

Devant l'impuissance thérapeutique dans laquelle nous nous trouvons, nous décidons d'avoir recours au sérum de Jousset dont l'indication dans cette tuberculose ganglionnaire médiastinale avec température élevée nous paraît tout à fait établie, dans la doctrine de M. JOUSSET.

En employant la méthode de Besredka, nous injectons le 21 février 60 cc. de sérum. La même dose le 23 février, et 40 cc. le 25 février, soit en tout 160 cc. en cinq jours chez un sujet de 57 kilos. Aucun accident immédiat ne survient.

La température qui était jusque-là au-dessous de 39° atteint 40° le 23 au soir, et, depuis y reste, puis elle oscille entre 38°4 et 39°6 jusqu'au 10 mars. Alors elle descend rapidement en lysis jusqu'à 37°8 le 12 mars. Nous croyions alors la partie gagnée, mais dès le lendemain 38° et une oscillation irrégulière ensuite entre 38° et 39°. Le 9 mars apparaissent des accidents sériques: arthralgies des chevilles, genoux et doigts et une poussée ganglionnaire cervicale, gros ganglions dans la chaîne cervicale latérale gauche, avec péri-adénite. Les arthralgies cèdent en 36 heures par la prise de 8 gr. de salicylate de soude per os, et, c'est à ce moment que l'apyrexie est obtenue, hélas tout provisoirement. Par contre l'adé-

nite persiste et sera observée, avec seulement la rétrocession de l'inflammation péri ganglionnaire pendant toute l'évolution.

L'état général est toujours atteint: amaigrissement, fatigue extrême, toux fréquente et souvent opiniâtre.

Le 16 mars survient un syndrome hémorragique que nous n'avons pas pu expliquer: hémoptysies très abondantes survenant sans aucun effort de toux, sang rouge, spumeux, aéré, émis en quantité inquiétante, saignement gingival permanent.

Devant l'échec des traitements habituels: morphine, chlorure de calcium, pectine, ergotine, émétine, glace, sé-rums, lobe postérieur d'hypophyse qui donna un schock très impressionnant, nous eûmes recours à une transfusion du sang de 200 cc. le 19 mars. Elle eut une résultat très heureux: l'état du malade qui était alarmant se transforma et les hémorragies cessèrent. Une deuxième transfusion fut faite le 22 mars. Toutes les deux furent très bien supportées, aucun frisson.

Dès le 23 mars survinrent des hématuries, inexplic-quées elles aussi et durant environ huit jours. Puis tout saignement disparut. Cependant l'évolution très fébrile continue: température entre 39° et 40° entre le 1^{er} avril et le 20.

Le 2 avril 1941 nouvelle radiographie pulmonaire. On découvre une granulie à grains assez gros, à noter à droite que la scissure est extrêmement visible. Cliniquement rien de changé. Pas de signes méningés, pas de splénomégalie. Mais cette évolution vers la granulie permet de poser un

pronostic fatal à brève échéance. Le 21 avril on constate des signes méningés. Décès le 24 avril.

Cette observation est donc celle d'une typho-bacilliose par adénopathie médiastinale, ayant été soumise au traitement par le sérum de Jousset et ayant évolué vers la granulie.

Les examens de crachats ont toujours été négatifs. La preuve de la tuberculose, au début, a été faite par la cuti-réaction très fortement positive.

OBSERVATION N° 4. — *Forme à type d'imprégnation tuberculeuse.*

Sor., âgé de 23 ans, est né au Soudan. Il n'est en France que depuis l'hiver 1939 avec le 33° R. T. S.

Fait prisonnier en mai 1940, il est mené au camp de Drancy d'où on l'évacue le 1^{er} février 1941 sur l'hôpital Villemin comme « suspect de tuberculose pulmonaire ».

Depuis plusieurs semaines, en effet, il a maigri, perd les forces et n'a guère d'appétit.

Dans le service, sa température est à 38°. Il se plaint de fatigue et d'anoréxie, présente une toux fréquente sans expectoration. Une radiographie pulmonaire montre le 10 février 1941 une masse hilare droite importante assez régulièrement dessinée ovalaire, s'étendant sur deux espaces intercostaux et une petite zone de condensation juxta-hilaire, à la partie inférieure de la masse. La scissure est très nettement dessinée. Il n'y a pas d'image de lésion parenchymateuse.

La cuti-réaction faite le 12 février est légèrement positive. Le malade est soumis à un traitement stimulant. Il n'y a pas toujours de signe fonctionnel pulmonaire. Le poids à l'entrée était de 58 kilos 500.

Le 3 mars 1941. L'état est le même. Fièvre à 38°, fatigue, peu d'appétit et toujours un minimum de signes fonctionnels respiratoires. Mais à l'auscultation on entend nettement une zone de râles fins, inspiratoires, assez secs dans l'espace inter-scapulovertébral du côté droit partie moyenne. Une radiographie montre alors outre le flux important ganglionnaire droit, un essaimage de petites taches fines, presque confluentes dans la partie moyenne du champ pulmonaire du même côté. Pendant ce temps, Sor. a maigri, puisqu'il ne pèse plus que 56 kilos 500 le 28 mars.

Il faut signaler également qu'il a présenté à partir du 17 février une parésie de la main gauche associée à des douleurs dans le membre inférieur du même côté. Un examen neurologique décèle une hémiparésie avec signes organiques: grosse diminution de la force musculaire segmentaire, abolition des réflexes crémastériens et abdominaux gauche, légers troubles cérébelleux, tremblement intentionnel. La ponction lombaire donna des résultats normaux. Et tout cela s'arrangea en un mois environ. A signaler qu'on fit un traitement anti-infectieux salicylate de soude et urotropine en injections intra-veineuses.

Le malade est vu pour la dernière fois le 19 avril 1941. Son état pulmonaire est le même. Il a toujours, à l'auscultation de la région hilare un foyer du type pneumo-

nique avec submatité râles fins et léger souffle expiratoire. Pas de B. K. dans l'expectoration.

On l'évacue dans un service spécialisé en posant la question d'un pneumothorax artificiel.

OBSERVATION N° 5. — *Spléno-pneumonie.*

Bou. Kas... est né au Sénégal en 1907. Il est arrivé en France durant l'hiver 1939 avec le 33° R. T. S.

Fait prisonnier, il a été conduit au camp de Drancy qui l'a fait hospitaliser le 25 janvier 1941 pour amaigrissement et bronchite suspecte.

Dans le service du premier fiévreux de l'hôpital Villemin l'examen clinique est entièrement négatif. Le malade est très maigre, mais nullement fatigué. Sa température est normale. Il ne se plaint de rien. Une radiographie pulmonaire pratiquée de façon systématique montre l'intégrité du parenchyme et le cul-de-sac costo diaphragmatique gauche comblé avec diaphragme irrégulier festonné.

Un simple traitement stimulant associé à de la suralimentation est seul mis en œuvre.

Quelques épisodes bronchitiques aigus émaillent seuls l'évolution. De temps en temps le Sénégalais se plaint de douleurs thoraciques à type de névralgies inter costales à l'occasion desquelles il est procédé à de nouveaux examens pulmonaires qui restent tous sans résultat.

Le 26 mars pourtant une auscultation faite, sans raison particulière fait percevoir un gros bloc mat, silen-

cieux, au niveau duquel les vibrations sont abolies à la base droite. Il y a même, à la limite supérieure de la matité et même en son centre un souffle expiratoire doux et prolongé qui fait penser à une pleurésie. La recherche de l'égophonie est nettement positive. C'est avec la certitude de retirer du liquide qu'une, puis une deuxième ponction exploratrice sont faites, vainement. On ne ramène qu'un tout petit peu de sang. On redresse alors le diagnostic pour celui de spléno-pneumonie.

Le 26 mars une radiographie montre une ombre homogène occupant toute la moitié inférieure du poumon droit. La limite supérieure est irrégulièrement horizontale. Il n'y a pas de courbe de Damoiseau. L'image scissurale très élargie forme par endroit la limite haute de cette masse dense. L'extrême base, la région du cul-de-sac costo diaphragmatique est relativement claire de même que la zone tout externe dans la région axillaire. Le dessus de cette opacité est surmonté de petites taches floconneuses qu'on retrouve d'ailleurs aussi dans le poumon droit, disséminées de façon irrégulière.

Il n'y a pas d'expectoration. L'état général n'est pas modifié. Le malade maigre, ne se plaint pas de perte des forces, a bon appétit, n'a pas d'élévation thermique. La spléno-pneumonie s'est installée, dans le service, de la façon la plus torpide qui soit. Elle a véritablement été découverte d'examen. Quelle sera son évolution ? En un mois il n'y a eu aucun changement. Quel est le pronostic de cette forme. Nous ne pouvons absolument pas le dire. La possibilité d'une généralisation étant toujours à redouter.

Là encore, il s'agit d'un noir ayant longtemps vécu près des blancs, parlant couramment le français, ayant fait depuis longtemps la primo infection (pleurésie gauche ancienne probable) et présentant une tuberculose semblable à celle d'un blanc; spléno pneumonie.

OBSERVATION «° 6. — *Pleurésie séro-fibrineuse.*

Zabro N..., sergent, est né en 1907, dans la Côte d'Ivoire. Il est en France depuis l'hiver 1939. Il a quitté le camp de Fontainebleau le 21 juin 1940 pour une dysenterie ayant entraîné après elle une poussée de rhumatisme articulaire et, depuis cette date il a été soigné à l'hôpital militaire Villemin. Dans le service en novembre 1940 il n'y a rien de particulier à signaler. Les douleurs articulaires ont disparu depuis longtemps, et l'état général est tout à fait excellent.

A l'occasion d'un petit épisode fébrile grippale, on demande le 22 janvier 1941 une radiographie pulmonaire qui montre une légère grisaille de la base droite, avec un certain flou des contours diaphragmatiques à ce niveau.

Le 20 mars survient un frisson assez prolongé, du malaise de la courbature et la température atteint 40°. Les jours suivants elle se maintient en un plateau à 39°5 et le seul symptôme nouveau est une douleur abdominale diffuse avec toutefois son maximum dans la fosse iliaque droite. Il n'y a pourtant en cet endroit nulle défense, ni de point de Mac Burney. Au point de vue pulmonaire, une légère submatité de la base droite semble insuffisante

pour expliquer la température. Pourtant les jours suivants apparaît un syndrome liquidien à cette base confirmé par la ponction pleurale.

Après avoir évolué en un plateau irrégulier à 39° pendant trois semaines, la température descend progressivement et est subnormale vers le 25 avril. Les forces reviennent, le poids augmente. La radio montre que le liquide a presque complètement disparu. Il reste une ombre enkystée dans l'aisselle.

A signaler que Zabro est un militaire de carrière, sergent, ayant longtemps vécu au contact des européens, avant que de venir en France.

DIAGNOSTIC

1° POSITIF

Au début, quel que soit le symptôme anormal observé chez un noir récemment importé, il faut faire une cuti-réaction.

Si elle est négative, cela permet pratiquement d'éliminer tout soupçon de tuberculose.

Si elle est positive, il y a là un argument de valeur puisque 5 % seulement des Sénégalais arrivent en France ayant fait leur primo-infection.

A LA PÉRIODE D'ÉTAT.

Devant le polymorphisme de la clinique : aspect typhoïdique, pleurésie abondante, syndrome médiastinal radiologique, péricardite, polysérité, altération grave de l'état général, quels sont les signes de la tuberculose ?

— C'est avant tout : la positivité de la cuti-réaction ; les images radiologiques.

Il faut bien savoir que la recherche des bacilles de

Koch dans l'expectoration est toujours négative. On y associera naturellement les analyses répétées et avec homogénéisation dans le liquide de tubage gastrique, dans les selles, au niveau du larynx par prélèvement direct. Mais dans ces formes d'adénopathie trachéo-bronchique on ne trouve pas de bacilles. Par contre, ceux-ci sont découverts lorsque l'évolution atteint les bronches et le parenchyme pulmonaire et que les lésions ont le temps de s'excaver.

L'hémoculture sur milieux spéciaux pourra être pratiquée. Elle s'est montrée positive dans quelques cas.

Au point de vue des signes d'auscultation l'examen physique est négatif dans une première période, souvent longue. Tardivement, on entend parfois dans l'espace interscapulo vertébral correspondant un souffle pseudotubaire ou quelques râles.

2° DIFFERENTIEL

Il est très vaste. En cas de forme typhoïde (mais elle est très rare chez le Sénégalais, d'autant plus que ces sujets viennent à leur arrivée en France, d'être vaccinés ou revaccinés), le Kala-Azar, le paludisme, les fièvres parasitaires.

Dans la forme médiastino-péricardique, c'est le

diagnostic des tumeurs médiastinales: cancer du poumon, maladie de Hogdkin, sarcome médiastinal, anévrysme de la crosse de l'aorte (d'autant plus qu'une masse ganglionnaire peut sembler animée de battements, et que la syphilis est fréquente chez ces sujets).

Mais à quoi bon multiplier les causes d'erreurs, alors *qu'en pratique*, il s'agit toujours dans tous ces cas de tuberculose. L'expérience de la guerre 1914-1918 l'a montré; les cas nombreux que nous avons observés nous le confirment: quelle que soit l'affection en apparence mystérieuse ou intéressante présentée par un noir récemment importé, *c'est la tuberculose de primo-infection*. La cuti-réaction et les radiographies pulmonaires correctement interprétées viennent lever les doutes, éclairer le diagnostic et aussi le pronostic, puis les trois quarts des sujets meurent en moins de cinq mois.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

PATHOGENIE

A l'autopsie on peut retrouver la chronologie des lésions qui permet de reconstituer la marche de la maladie.

Le point de départ est presque toujours au niveau des groupes ganglionnaires correspondant aux voies aériennes. On trouve dans 90 % des cas des lésions caséuses de ces groupes ganglionnaires depuis les supérieurs cervicaux ou sus-claviculaires jusqu'aux ganglions du hile pulmonaire.

Les lésions du groupe des ganglions sus-claviculaires, situés en dehors ou en dedans des insertions du sterno cleïdo mastoïdien sont très fréquentes. *Les ganglions trachéo-bronchiques sont tuberculeux dans 80 % des cas*; et il apparaît que presque toujours la tuberculose a commencé par là: les ganglions sont en voie de caséification et sont le point de départ de généralisations soit par effractions du ganglion, soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine.

Tantôt les ganglions hilaires arrivés à un certain degré de caséification et de fonte déversent directement leur contenu dans les alvéoles pulmonaires, lobe moyen ou inférieur et une *pneumonie* caséreuse prend naissance.

Tantôt la mort survient à la suite d'une véritable infection tuberculeuse intraveineuse, une *granulie*, et le point de départ s'en trouve à l'autopsie dans un ganglion tuberculeux caséeux. Tous les organes sont parsemés d'un fin semis de granulations. L'organe le plus fréquemment atteint et qui montre les tubercules les plus anciens est la *rate*. Elle apparaît hypertrophiée, framboisée; à la coupe elle a l'aspect « nougat ». Les tubercules varient du volume d'un petit grain de plomb à celui d'une noisette.

Ces lésions sont bien celles de la tuberculose de primo-infection: foyer caséeux de fraîche date, grosse adénopathie caséreuse, absence complète de lésions cicatricielles reliquats d'une tuberculose ancienne.

C O N C L U S I O N S

1° La tuberculose pleuro pulmonaire observée chez les noirs récemment importés en France est une tuberculose de primo-infection. Comparable à celle de l'enfant, elle prend l'aspect d'une adénopathie trachéo-bronchique. Les tumeurs ganglionnaires sont fréquemment très volumineuses.

Il n'y a pas de périadénite, de formation scléreuse de voisinage; aussi ces masses molles et à développement surtout excentrique n'exercent pas de compression violente sur les organes médiastinaux, et on n'observe pas de syndrome médiastinal.

Les bronches, au contraire, peuvent avoir leur lumière plus ou moins rétrécie.

2° Deux formes cliniques sont surtout observées à la période d'état. L'adénopathie trachéo-bronchique à marche rapide — et une forme médiastino-péricardique. — Ce qu'il faut souligner, c'est la rapidité effroyable de l'évolution: la mort survient dans plus des trois quarts des cas en moins de quatre mois. La fré-

quence de la granulie, des formes miliaires est très grande.

3° Les signes cliniques sont extrêmement frustes. La positivité de la cuti-réaction chez ces sujets neufs, est un argument de valeur considérable qui permet d'interpréter correctement les images radiographiques. Il faut bien reconnaître également la rareté, le caractère exceptionnel de la découverte des bacilles de Koch dans l'expectoration.

4° La tuberculose est très rare au Sénégal, n'atteignant dans les villages de l'intérieur que 7 % des indigènes au maximum. Ceux-ci importés dans les pays civilisés ajoutent à leur changement de vie, aux fatigues et privations éventuelles, le risque de la contamination tuberculeuse souvent dense et répétée.

Il y a là un danger certain que nos observations ne viennent que rappeler et qui incite à se montrer particulièrement prudent dans l'importation massive des noirs.

Vu
Le Doyen :
BEAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
TROISIÈRE

Vu et permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris
CH. MAURAIN

BIBLIOGRAPHIE

ARBORELIUS. — Klinische Studien über die Tuberkulose infection bei Erwachsenen, besonders mit Hinsicht auf das Vorkommen von primär infectionen. (*Acta. Soc. Médic. Suecanoe*, t. LVI 1930).

— Klinische Studien über die Tuberkulose bei einer wenig oder gar nicht durchseuchten Bevölkerung, t. IV, 1932. (*Thieme* e dit Leipzig).

BLAZY (C.). — La tuberculose des troupes sénégalaises. (*Revue de la tuberculose*, avril 1925, p. 361-481).

BOINET. — Forme cliniques de la tuberculose pulmonaire (adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse à marche rapide) chez les Sénégalais. (*Marseille Médical* N° 19, 1^{er}-15 octobre 1919).

BORREL. — Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires. (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XXXIX, 1920, p. 105-148).

BROCQUET (Ch.) et MORENAS (L.). — De la tuberculose pleuro-pulmonaire des noirs. (*Revue de la tuberculose* 1929, N° s-2 et 3, p. 143).

CAIN et HILLEMAND. — La tuberculose de primo-infection

chez l'adulte. (*Annales de Médecine*, t. XIII, N° 1, janvier 1923, p. 39-56).

CAIN et OURY. — Tuberculose de primo-infection chez l'adulte. (*Revue de la tuberculose*, tome V, 1924, p. 261).

DUMAS (R.). — Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse à marche rapide chez des Sénégalais. (*Lyon Médical*, avril 1919).

GIRAUD (A.). — La localisation initiale de la tuberculose pulmonaire et la tuberculose hilaire. (*Presse Médicale*, N° 83, 16 octobre 1929, p. 1341-1344).

GROS (H.). — Contribution à l'étude des lésions anatomiques dans la tuberculose des noirs. (*Paris Médical*, 14 août 1920, p. 132).

GRUBER (G.). — Bemerkung über Phtisie bei Senegalnegern *Zeitsch f. Tuber*, t. XXXIII, 1920, p. 23.

KLEINE (K.). — Beobachtungen über Tuberkulose unter den Eingeborenen im Innern Ostafrikas. (*Deutsche Med. Wochensch*, N° 4, 24 janvier 1930, p. 130).

LEMIERRE, KINDBERG et BERNARD (E.). — Sur un cas de primo-infection chez un adulte. (*Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 21 novembre 1924, p. 1582).

LUCQUET. — La tuberculose chez les troupes exotiques. (*Thèse de Lyon*, 1919-1920).

MOREAU. — Fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les représentants des races colorées importées en

France (Obs. radiologiques). (*Bulletin Académie de Médecine*, 25 février 1919, p. 224).

NICO (P.). — Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte. (*Thèse de Paris*, 1934).

OPIE (E.-L.). — Epidemiology of tuberculosis in negroes. (*Tubercule*, fév. 1931, p. 207).

PAISSEAU et LAMBLING. — Tuberculose de première infection chez l'adulte. (*Bulletin Soc. Méd. Hôp. Paris*, 24 oct. 1924, t. II, p. 1462).

ROUBIER (Ch.). — Quelques considérations cliniques sur la tuberculose chez les troupes noires. (*Paris Médical*, 13 sept. 1919, N° 37, p. 207).

— Les formes cliniques de la tuberculose thoracique chez les troupes exotiques importées en France pendant la guerre. (*Gazette des Hôpitaux*, 1920, t. XIII, N° 84, p. 1333).

SIMON (Marie). — Contribution à l'étude de la contagion de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. (*Thèse de Paris*, 1933).

TROISIER et BARIETY. — Primo-infection tuberculeuse de l'adulte. — Conséquences prophylactiques et sociales. (*Bull. Acad. Médecine*, t. CX, N° 38, 28 novembre 1933, p. 584).

— Primo-infection tuberculeuse de l'adulte. (*Bulletin Soc. Méd. Hôp. Paris*, 10 nov. 1933).

— Sur la primo-infection tuberculeuse. (*Paris Médical* N° 2, 6 janvier 1934).

— La primo-infection tuberculeuse de l'adulte. (*Annales de Médecine*, juin et juillet 1934, N° 1 et 2).